



Onfaloplastia: técnica Y/V

Omphaloplasty: Y/V technique

VITOR HUGO MOREIRA GUIMARÃES^{1,2,3,4}
VICTOR ANTUNES GUIMARÃES⁵
FERNANDO DE AZEVEDO GONÇALVES^{5*}
PAULO CÉSAR CAIRES DE CARVALHO
JÚNIOR⁵

Instituição: Clínica MC Médicos,
Montes Claros, MG, Brasil.

Artigo submetido: 31/10/2016.
Artigo aceito: 22/6/2018.

Conflitos de interesse: não há.

DOI: 10.5935/2177-1235.2018RBCP0148

■ RESUMO

Introdução: A onfaloplastia é um momento crucial durante a cirurgia de abdominoplastia. Apesar de ser considerada uma etapa de grande importância nos dias de hoje, a onfaloplastia não foi sempre utilizada nas abdominoplastias, sendo o umbigo, algumas vezes, descartado junto ao retalho gorduroso. Com a finalidade de preservar a cicatriz umbilical, várias técnicas foram utilizadas e, com o tempo, vêm sofrendo modificações que possibilitam um resultado cada vez mais natural.

Método: A técnica “Y”/”V” proposta consiste em modelar o coto umbilical de modo que este encaixe perfeitamente no mesmo local onde havia a cicatriz umbilical. A ilha umbilical, após ser modelada, é suturada, resultando em uma imagem de “Y”/”V”, razão pela qual a técnica recebe este nome.

Resultados: Durante o estudo, foi evidenciado um número baixo de complicações (11,34%) ao analisar o pós-operatório. Deiscência de sutura, estenose umbilical, alterações crônicas na cicatriz e queloide foram as complicações observadas, sendo corrigidas cirurgicamente seis meses após a cirurgia.

Conclusão: A técnica proposta demonstra simples execução, com baixos índices de complicações e aspecto mais natural da cicatriz do neumbigo. Portanto, tornam-se cada vez mais necessários estudos que a utilizem para comprovar sua eficácia perante às demais técnicas utilizadas atualmente.

Descritores: Abdominoplastia; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Umbigo.

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Hospital Mater Dei, Belo Horizonte, MG, Brasil.

³ Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Clínica MC Médicos, Montes Claros, MG, Brasil.

⁵ Faculdades Integradas Pitágoras, Montes Claros, MG, Brasil.

■ ABSTRACT

Introduction: Omphaloplasty is a crucial procedure during abdominoplasty surgery. Although it is currently considered an important step, omphaloplasty was not always performed during abdominoplasties, and the umbilicus was sometimes discarded together with the fat flap. Various techniques were used to preserve the umbilicus and underwent modifications with time to allow for an increasingly natural result. **Method:** The proposed “Y”/“V” technique consists of modeling the umbilical stump to perfectly fit in the same place where the umbilicus was located. The umbilical island, after being modeled, is sutured, resulting in a “Y”/“V” image, which gives rise to the name. **Results:** A low number of complications (11.34%) were observed when analyzing the postoperative follow-up data. Suture dehiscence, umbilical stenosis, color alterations in the scar, and keloid scars were the complications observed, which were surgically corrected six months postoperatively. **Conclusion:** The proposed technique is simple to implement, with low rates of complications and results in a more natural aspect of the neoumbilical scar. Further studies are required to prove its effectiveness in comparison to the other techniques that are currently in use.

Keywords: Abdominoplasty; Reconstructive surgical procedures; Umbilicus.

INTRODUÇÃO

A abdominoplastia é um tipo de cirurgia plástica que, em sua maior parte, tem fins estéticos. Nos últimos anos, tornou-se um procedimento comum entre as mulheres que procuram a melhoria da imagem corporal, autoestima, saúde mental, relações sexuais e qualidade de vida. Um dos passos mais importantes neste procedimento cirúrgico é o processo de reconstrução do umbigo.

As características do umbigo incluem uma cicatriz deprimida cercada por dobras de pele, localizada na parede abdominal anterior, cerca de 18 a 23 cm da comissura vulvar, com variação de 4 cm acima a 2 cm abaixo da linha horizontal que passa pelas duas espinhas ilíacas anterossuperiores¹. Possui forma elíptica na direção vertical, ou em forma de T com o eixo longitudinal que passa verticalmente na linha média. As médias do diâmetro do cordão umbilical variam de 1,5 a 2 cm, com a depressão cônica cujo vértice está preso à parede muscular anterior do abdome².

Estudos anatômicos realizados por Dick em 1970³ mostraram que existem quatro cordões fibrosos ligados à superfície umbilical, que são responsáveis por exercer o deslocamento do umbigo em sentido posterior. Essas estruturas fibrosas emanam de vestígios da veia umbilical, do úraco e das duas artérias umbilicais.

A cicatriz umbilical é a única cicatriz natural do corpo, portanto, um componente estético importante e essencial no abdome. Devido ao fato dos costumes e da

moda estimularem cada dia mais a exposição do abdome, a cicatriz umbilical secundária da dermolipectomia continua como uma preocupação frequente de cirurgiões e pacientes.

A preocupação com sua estética, entretanto, não coincide com o desenvolvimento das abdominoplastias. No século XIX, na França, algumas técnicas removiam o umbigo junto com o retalho abdominal⁴. Weinhold Zentralb, em 1909, foi o primeiro a ter o cuidado em manter o umbigo nas dermolipectomias abdominais⁵.

Só em 1924, First realiza a primeira transposição de umbigo. A partir daí, muitas formas geométricas foram apresentadas no sentido de obter uma cicatriz próxima à natural. Em 1931, Flesch-Thebesius e Weisheimer preservavam um triângulo de pele no umbigo^{6,7}. Em nosso meio, Prudente, em 1943⁸, e Andrews, em 1956⁹, faziam sua transposição através de incisões circulares, deixando-o em um cilindro de pele. Em 1957, Vernon¹⁰, também por meio da transposição de formas circulares, observou muitas estenoses no umbigo, o que se tornou, então, um grande desafio.

Em 1979, Avelar¹¹ apresentou sua técnica em que realizava múltiplos “V” na face interna do umbigo, quebrando a cicatriz em três retalhos. Nesse sentido, outros autores brasileiros também propuseram várias formas geométricas em busca do “umbigo ideal”: López-Tallaj & Gervais, em 2001, Saldanha et al., em 2003, D’Assumpção, em 2005, e Mello & Yoshino em 2009¹²⁻¹⁵.

Desde a abdominoplastia clássica, o umbigo é conservado em sua posição original e, por meio de um orifício no retalho abdominal, será refixado. Mesmo com o avanço de muitas técnicas, o umbigo continua a ser fixado da mesma forma.

Na abdominoplastia moderna, criaram-se diversos formatos, tanto na cicatriz umbilical quanto na abertura cutânea do retalho, com o objetivo único de manter a aparência pós-operatória com aspecto semelhante ao do umbigo natural. Foram propostas formas arredondadas, ovaladas, em gota, triangulares de base superior ou inferior e losangulares. Contudo, todas elas apresentam uma cicatriz que envolve todo o perímetro do umbigo^{16,17}.

OBJETIVO

No sentido de minimizar os efeitos inestéticos dessas repercussões, propomos, nesse estudo, apresentar uma técnica que demonstrou resultados operatórios positivos, com uma cicatriz de aspecto mais natural e com menor índice de complicações pós-operatórias.

MÉTODO

Neste trabalho foram adicionados 88 pacientes do sexo feminino na faixa etária entre 27 e 62 anos, com média de 43 anos de idade, no período compreendido entre junho de 2012 e maio de 2015, sendo todas as pacientes operadas com esta técnica proposta em “Y”/“V”.

Nossa marcação se procedeu com a paciente em posição ereta, sendo marcada a linha média no pré-operatório e reforçada após assepsia da paciente e da região operatória para evitar, com isso, um possível deslocamento lateral do neoumbigo (Figura 1).

Todos os procedimentos foram realizados com bloqueio peridural e sedação venosa pelo anestesista da equipe. Após a assepsia, iniciamos a cirurgia com bisturi de lâmina 15 na pele e seguimos com o descolamento do retalho abdominal com bisturi elétrico. O descolamento se estende até a cicatriz umbilical, sendo o umbigo isolado com bisturi lâmina 15 em forma arredondada (Figura 2).

Após isolamento do umbigo, continuamos com o descolamento superior ao umbigo até o apêndice xifoide, formando um túnel sem prolongar este descolamento lateralmente para evitar problemas de vascularização do retalho. Após completado o descolamento, elevamos a cabeça da paciente e avaliamos a quantidade do retalho que será ressecado conforme a marcação prévia. Retirado o retalho e feita a plicatura dos músculos retos abdominais, entramos especificamente na técnica proposta.

Realiza-se a fixação do coto umbilical com pontos separados na aponeurose dos músculos retos abdominais, sendo esta fixação avaliada segundo sua mobilidade de



Figura 1. Marcação cirúrgica.



Figura 2. Isolamento do umbigo.

acordo com a espessura do panículo adiposo resultante do retalho abdominal definitivo (Figura 3). A ilha umbilical ressecada em forma arredondada será modelada com tesoura curva, para alcançarmos uma forma em “Y”, sendo feita a retirada de um triângulo de pele na porção cefálica e retificada em suas laterais direita e esquerda a fim de se formar um “Y” (Figuras 4 e 5).

Após a fixação do retalho abdominal na cicatriz inferior, efetua-se a marcação da localização do neo umbigo na pele do retalho abdominal em forma de “Y”, usando manobra de introdução da mão pela abertura lateral do retalho, onde, por contiguidade, palpa-se o



Figura 3. Coto umbilical fixado.

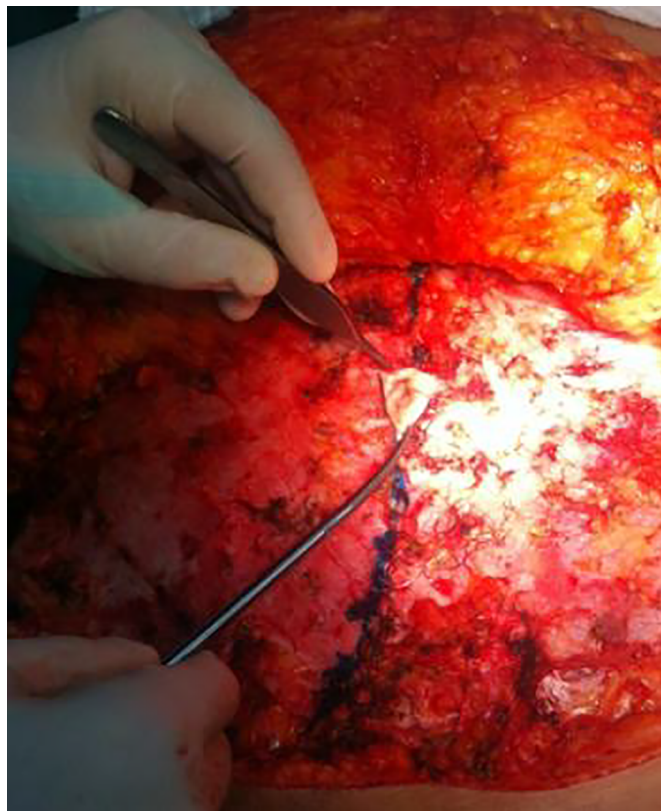


Figura 5. Ilha umbilical modelada.



Figura 4. Ilha umbilical em forma de "Y".

umbigo e o mesmo é projetado na pele após a introdução de uma agulha 25x7 em direção ao dedo indicador do cirurgião, que se encontra sobre a ilha umbilical fixada na aponeurose, sem que a mesma possa ferir o cirurgião (Figura 6).

Este ponto é marcado na porção inferior do dedo do cirurgião. Marcado este primeiro ponto, é feita uma nova pontuação com azul de metileno a uma distância de 1,0 a 1,5 centímetros na linha média acima do ponto 1 (dependendo da espessura do panículo adiposo e da medida da largura da paciente para evitar-se neo umbigos pequenos ou grandes proporcionalmente ao abdome da paciente). Seguindo, marcam-se dois pontos laterais e superiores entre 0,5 e 1,0 centímetros do ponto 2 formando, com isso, o "Y" proposto neste técnica (Figura 7).

Neste momento, realiza-se a incisão na pele, em cima da marcação do "Y" (Figura 8), e é feita a retirada de um cilindro gorduroso do retalho abdominal já fixado (Figura 9). Com o intuito de se evitar estenoses umbilicais, são retirados dois "biquinhos" dos retalhos laterais do Y para melhor acomodação da sutura umbilical (Figura 10).

A sutura umbilical se inicia com o retalho triangular de pele, formado pela incisão em "Y" junto ao vértice do "V" retirado na ilha umbilical, permitindo assim a descida



Figura 6. Manobra que possibilita a localização do umbigo.



Figura 8. Incisão em cima da marcação do "Y".

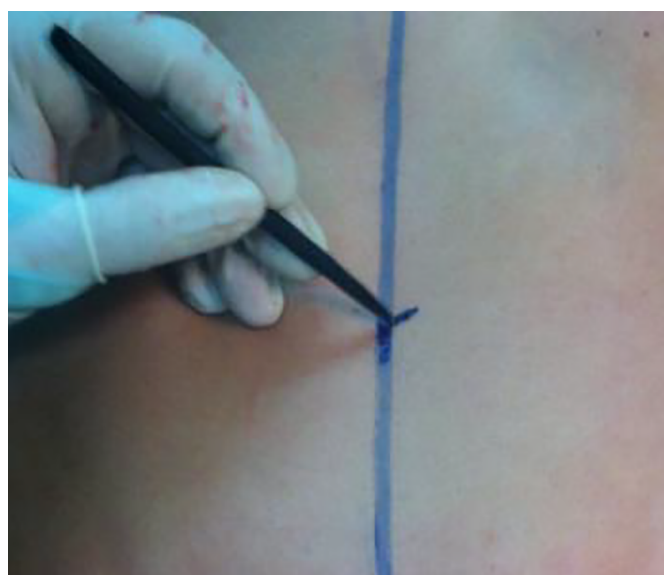


Figura 7. Marcação com azul de metileno.

deste retalho e acomodação intraumbilical superior, o que proporciona a ocultação da cicatriz a este nível (Figura 11). Em seguida, fixa-se o vértice inferior da ilha umbilical ao vértice inferior do "Y" incisado no retalho abdominal. São dados dois pontos laterais junto aos vértices laterais superiores da ilha umbilical e as laterais do "Y" incisado na pele (Figura 12).

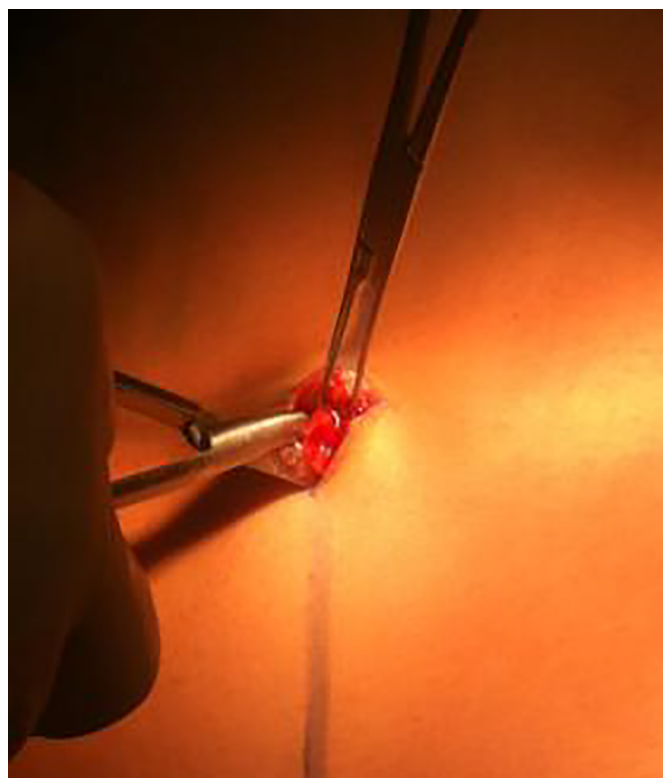


Figura 9. Retirada de um cilindro gorduroso do retalho abdominal já fixado.



Figura 10. Retirada de "biquinhos" de pele dos retalhos laterais do "Y".



Figura 12. Umbigo já suturado.



Figura 11. Sutura umbilical.

Após estes quatro pilares de fixação, é terminada a sutura com mais dois pontos laterais e dois pontos entre o retalho em triângulo inicial e os vértices laterais do Y. Nestas suturas utilizamos nylon 4-0 incolor.

No resultado final do neoumbigo, observa-se um formato em Y aberto com sua parte caudal triangular e a parte cefálica embutida dentro panículo adiposo do retalho abdominal, o que proporciona mais graciosidade ao neoumbigo e a diminuição do estigma da abdominoplastia com umbigos mais aparentes e suturados (Figura 13).



Figura 13. Pós-operatório imediato.

Finalizando, efetua-se curativo com neomicina e a introdução de uma gaze modelada em forma de esfera, que será substituída por um molde umbilical de silicone após 48 horas de pós-operatório. A retirada dos pontos umbilicais é feita com 7 dias, observando a situação cicatricial neste momento.

RESULTADOS

Nas pacientes operadas, demonstrou-se uma diminuição sensível dos casos de estenose umbilical das técnicas em formatos circulares, ovais e outras; sendo observada mais naturalidade se comparado a um abdome virgem de cicatriz (Figuras 14 a 19).

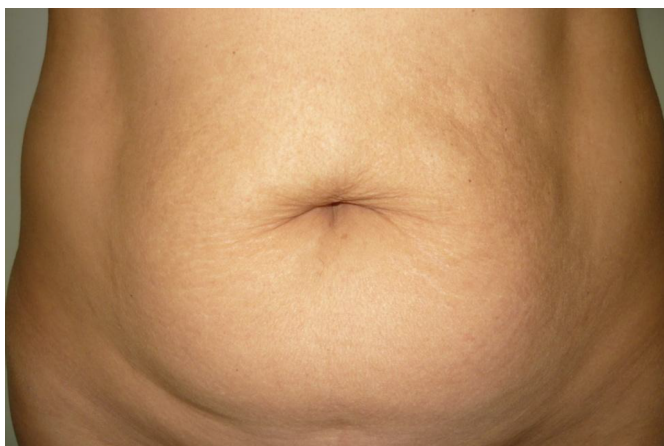


Figura 14. Pré-operatório.

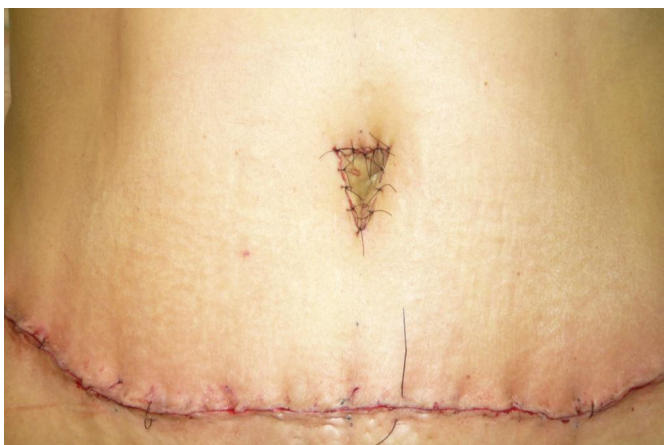


Figura 15. Pós-operatório imediato.

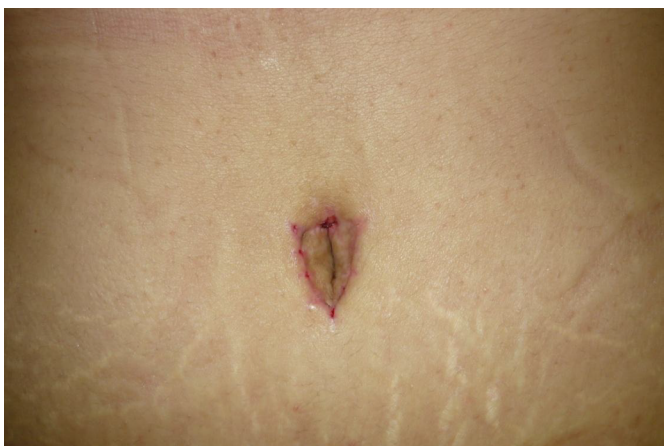


Figura 16. Pós-operatório em 15 dias.



Figura 17. Pós-operatório em 30 dias.

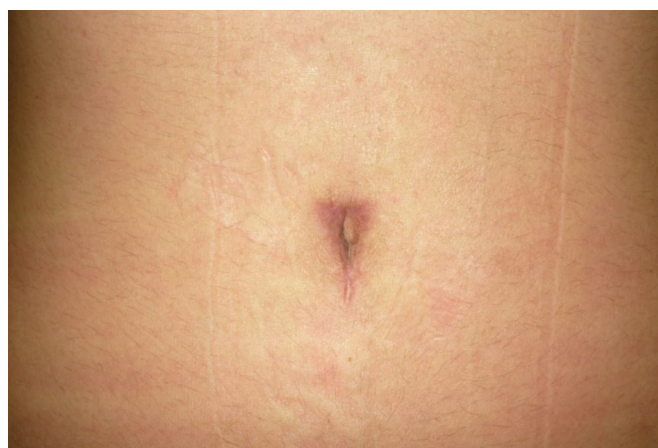


Figura 18. Pós-operatório em 60 dias.

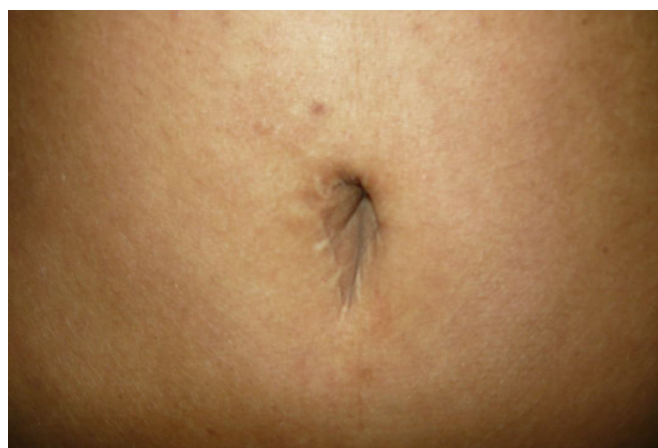


Figura 19. Pós-operatório em um ano.

As complicações foram: deiscência de sutura em 3 casos, em que se observou que, nestas pacientes, o panículo adiposo era mais denso (3,4%), estenose umbilical em 1 caso (1,13%), alterações crônicas da

cicatriz em 4 casos (4,54%), cicatrizes com queiloide em 2 casos, corrigidas cirurgicamente após 6 meses (2,27%).

Contabilizados 11,34% de complicações, concluímos que a técnica se comportou com eficácia e melhora das cicatrizes umbilicais, sendo necessários constantes estudos e adaptações para evitarmos as complicações acima.

Importante ressaltar que um bom exame físico e uma boa indicação cirúrgica irão proporcionar melhores resultados, sendo levados em consideração todos os fatores que envolvem o ato cirúrgico.

DISCUSSÃO

Existem várias técnicas para a confecção do neoumbigo. As principais são as que usam um formato circular, em “V” e outros desenhos propostos por vários autores. Até o momento, em nossa experiência, os resultados mais harmônicos e naturais, do ponto de vista estético, são os desenhos que saem da circular, pelo fato de darem menos estenoses do cordão cicatricial.

Em nossa proposição, a técnica se torna de fácil execução, com resultados estéticos de boa qualidade e maior naturalidade ao abdome pós-dermolipectomia com relação à aceitação por parte dos pacientes da cicatriz umbilical resultante.

O formato final em Y aberto se mostra próximo da naturalidade do abdome sem cirurgia.

Outros autores realizam neo-onfaloplastias em formas não circulares, com resultados também satisfatórios com relação à naturalidade estética do neoumbigo.

CONCLUSÃO

A técnica relatada neste estudo é uma boa alternativa às existentes no tratamento do neoumbigo. O acompanhamento a longo prazo e o aumento dos casos submetidos a ela serão importantes na avaliação e definição de sua utilização.

Esta técnica proposta se mostra de simples execução, proporcionando melhor aspecto a longo prazo da cicatriz umbilical com maior naturalidade dos resultados e evita as frequentes estenoses da cicatriz umbilical das técnicas em formas arredondadas. Foi denominada em “Y” pelo formato da incisão na pele do retalho abdominal para formação do neoumbigo.

Sugerimos sua utilização após a análise destes casos que se demonstraram satisfatórios tanto para o cirurgião quanto para os pacientes submetidos à dermolipectomia abdominal, aumentando, com isso, o arsenal técnico e tático da clínica cirúrgica.

COLABORAÇÕES

- VHMG** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; realização das operações e/ou experimentos; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- VAG** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- FAG** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.
- PCCCJ** Análise e/ou interpretação dos dados; análise estatística; aprovação final do manuscrito; concepção e desenho do estudo; redação do manuscrito ou revisão crítica de seu conteúdo.

REFERÊNCIAS

- Ng JAA. Abdominoplastias: neo-onfaloplastia sem cicatriz e sem excisão de gordura. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(3):499-503. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-51752010000300017>
- Parnia R, Ghorbani L, Sepehrvand N, Hatami S, Bazargan-Hejazi S. Determining anatomical position of the umbilicus in Iranian girls, and providing quantitative indices and formula to determine neo-umbilicus during abdominoplasty. *Indian J Plast Surg.* 2012;45(1):94-6. DOI: <http://dx.doi.org/10.4103/0970-0358.96594>
- Dick ET. Umbilicoplasty as a treatment for persistent umbilical infection. *Aust N Z J Surg.* 1970;39(4):380-3. PMID: 5269347 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1445-2197.1970.tb05377.x>
- Hakme F. Abdominoplasty: peri and supra-umbilical lipectomy. *Aesthetic Plast Surg.* 1983;7(4):213-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01570662>
- Thorek. *Plastic surgery of the breast and abdominal wall.* Springfield: Thomas; 1942.
- Sinder R. *Cirurgia plástica do abdome.* Rio de Janeiro: Ramil Sinder; 1979.
- Franco T, Rebello C. *Cirurgia estética.* Rio de Janeiro: Atheneu; 1977.
- Prudente A. Dermolipectomia abdominal com conservação da cicatriz umbilical. *Anais do II Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica.* Buenos Aires: Guilherme Karast; 1943. 468 p.
- Andrews JM. Nova técnica de lipectomia abdominal e onfaloplastia. *Memória do 8o Congresso Latino-Americano de Cirurgia Plástica.* Cuba; 1956.
- Vernon S. Umbilical transplantation upward and abdominal contouring in lipectomy. *Am J Surg.* 1957;94(3):490-2. PMID: 13458618 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610\(57\)90807-3](http://dx.doi.org/10.1016/0002-9610(57)90807-3)
- Avelar JM. Cicatriz umbilical: da sua importância e da técnica de confecção nas abdominoplastias. *Rev Bras Cir.* 1979;69(1/2):41-52.
- López-Tallaj L, Gervais J. Restauração Umbilical na Abdominoplastia: Uma Simples Técnica Retangular. *Rev Bras Cir Plást.* 2001;16(3):39-46.
- D'Assumpção EA. Técnica Para Umbilicoplastia, Evitando-se um dos Principais Estigmas das Abdominoplastias. *Rev Bras Cir Plást.* 2005;20(3):160-6.

14. Mello DF, Yoshino H. Plicatura da base umbilical: proposta técnica para tratar protrusões e evitar estigmas pós-abdominoplastia. *Rev Bras Cir Plást.* 2009;24(4):525-9.
15. Saldanha OR, De Souza Pinto EB, Mattos WN Jr, Pazetti CE, Lopes Bello EM, Rojas Y, et al. Lipoabdominoplasty with selective and safe undermining. *Aesthetic Plast Surg.* 2003;27(4):322-7. PMID: 15058559 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00266-003-3016-z>
16. Pitanguy I. Abdominal lipectomy: an approach to it through an analysis of 300 consecutive cases. *Plast Reconstr Surg.* 1967;40(4):384-91. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00006534-196710000-00012>
17. Silva FN, Oliveira EA. Neo-onfaloplastia na abdominoplastia vertical. *Rev Bras Cir Plást.* 2010;25(2):330-6.

Autor correspondente:*Fernando de Azevedo Gonçalves**Avenida Aida Mainartina, n° 100 - Ed. Veneza, Apto 105 - Ibituruna, Montes Claros, MG, Brasil
CEP 39408-007E-mail: feazegoncalves@gmail.com